UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 74

LE MESIODENS

Dent surnuméraire située au centre de la région incisive supérieure

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

Albert CLAUZADE

Externe des Hôpitaux
Chirurgien-Dentiste

MEMBRES DU JURY

MM. CADENAT, *Président.*
ANDRIEU, VIRENQUE, POULHÈS. *Assesseurs.*
M. LAPORTE, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE F. BOISSEAU
34, Rue du Taur, 34

1951

CLAUZADE (Albert).

Le Mesiodens.

Dent surnuméraire située au centre de la région incisive supérieure.

Toulouse, Imp. F. Boisseau, 1951
gr. in-8°, 80 pages.

(*Thèse Médecine Toulouse*, 1951, N° 74).

CLAUZADE (Albert).

Le Mesiodens.

Dent surnuméraire située au centre de la région incisive supérieure.

Toulouse, Imp. F. Boisseau, 1951
gr. in-8°, 80 pages.

(*Thèse Médecine Toulouse*, 1951, N° 74).

CLAUZADE (Albert).

Le Mesiodens.

Dent surnuméraire située au centre de la région incisive supérieure.

Toulouse, Imp. F. Boisseau, 1951
gr. in-8°, 80 pages.

(*Thèse Médecine Toulouse*, 1951, N° 74).

CLAUZADE (Albert).

Le Mesiodens.

Dent surnuméraire située au centre de la région incisive supérieure.

Toulouse, Imp. F. Boisseau, 1951
gr. in-8°, 80 pages.

(*Thèse Médecine Toulouse*, 1951, N° 74).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549605_0047

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 74

LE MESIODENS

Dent surnuméraire située au centre de la région incisive supérieure

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

Albert CLAUZADE

Externe des Hôpitaux
Chirurgien-Dentiste

MEMBRES DU JURY : MM. CADENAT, *Président.* ; MM. ANDRIEU, VIRENQUE, POULHÈS, *Assesseurs.* ; M. LAPORTE, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE F. BOISSEAU
34, Rue du Taur, 34

1951

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. LEFEBVRE.
ASSESSEUR. ... BRUSTIER.
Doyens honoraires . GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL, MÉRIEL. GARIPUY, LAFFORGUE, CLERMONT, RIBAUT, SERR, VALLOIS.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie.	MM.	RISER.
Clinique médicale. ..		TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale		GUILHEM.
Physiologie.		SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer		DUCUING.
Physique biologique et médicale.		BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		NANTA.
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale.		SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie. ...		LEFEBVRE.
Anatomie		LAZORTHES.
Histoire naturelle. ..		DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture.....		SOREL (R.).
Pharmacie		CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose		MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale.		ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires.		FABRE (P.).
Matière médicale ...		VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.		MÉRIEL (P.).
Anatomie pathologique.....		FABRE (J.).
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale.....		CALVET.
Clinique ophtalmologique		CALMETTES..
Chimie biologique. ..		VALDIGUIÉ (P.).
Médecine légale et du Travail.....		PLANQUES.
Histologie et Embryologie.		BROUSSY.
Médecine sociale. ...		BOUNHOURE.
Thérapeutique		GADRAT.
Pathologie Chirurgicale.		GRIMOUD.
Stomatologie		CADENAT.

Professeur à titre personnel : M. BAISSET.

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie ..... M. COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	POULHÈS.
Histologie.		BIMES.
Sciences naturelles .		BOUISSET.
Pharmacie.		COUTURIER.
Botanique.	Mme	DULUCQ-MATHOU
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.
Chimie Biologique. .	MM.	POLONOVSKI.
Physique médicale .		AUVERGNAT.
Chimie générale pharmaceutique.		BLANC.

AGRÉGÉS

Médecine.	MM.	DARNAUD.
		GÉRAUD.
		DARDENNE.
		LAPORTE (J.).
		BAUDOT.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Physique médicale .		MARQUÈS.
Obstétrique		PONTONNIÉ.
Chirurgie.		RIEUNAU.
		DIEULAFÉ.
		DAMBRIN (P.).
Oto-Rhino-Laryngologie.		CLAUX.
Urologie		LHEZ (Ch. de f.).

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes.....	MM.	GUILHEM.
Chimie biologique...		DOUSTE-BLAZY.
Chimie pathologique		VALDIGUIÉ (P.).
Chimie minérale....		BLANC.
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie.		BAZEX.
Législation pharmaceutique.		BOUISSET.
Tuberculose		MOREL.
Chirurgie pulmonaire		DAMBRIN (P.).
Parasitologie		BAUDOT.
Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique ..	MM.	BLANC.
Hydrologie et géologie		ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale.....		THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd.).....		BAISSET.
Pharmacodynamie (Pharm.)		CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE.
Ophtalmologie.....		DÉODATI.
Neuro-chirurgie		LAZORTHES.
Mycologie.....		MORQUIER.
Physiologie.		COLOMBIES.
Psychiatrie.		GAYRAL.
Urologie.		LHEZ.
Histologie		PLANEL.

Secrétaire de la Faculté : M. ARGILAS.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

La Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT

Professeur de Clinique Odonto-Stomatologique

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a accueilli dans son Service, il nous a fait profiter de son enseignement, il nous a toujours guidé et conseillé avec bienveillance. Enfin, il nous a inspiré le sujet de cette thèse, qu'il nous fait la très grande joie de présider aujourd'hui.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ANDRIEU

Professeur de Bactériologie, Hygiène
et Médecine sociale
Chevalier de la Légion d'honneur

En acceptant de faire partie de notre Jury de thèse, il a tenu à nous donner une nouvelle preuve de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. C'est avec toute notre gratitude que nous l'en remercions très respectueusement.

M. LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
et d'Orthopédie
Chirurgien des Hôpitaux

A la raison sentimentale qui nous y attache, s'ajoute notre reconnaissance pour un Maître excellent et de grande bonté. Il nous a fait l'honneur de juger notre travail. Qu'il veuille bien accepter le témoignage de notre gratitude.

M. LE PROFESSEUR POULHÈS

Maître de Conférences agrégé d'Anatomie

Nous le prions d'agréer nos vifs remerciements pour nous avoir marqué son amitié en acceptant de juger notre thèse.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPORTE

Avec nos sentiments reconnaissants pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger notre thèse.

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL BERCHER

Chirurgien et Spécialiste des Hôpitaux militaires

Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a conseillé et encouragé avec une bienveillante sollicitude.

Qu'il trouve ici notre respectueuse reconnaissance pour les précieux renseignements qu'il a bien voulu nous donner.

A M. LE DOCTEUR DUFRÊCHE

Assistant de Stomatologie des Hôpitaux de Bordeaux

A M. LE DOCTEUR GRAZIDE

A M. LE DOCTEUR NUX

A M. LE DOCTEUR BOUYSSOU

A M. BADER

Chirurgien-dentiste

A M. CHANCHUS

Chirurgien-dentiste

Avec nos sincères remerciements pour les documents qu'ils nous ont communiqués ou l'aide qu'ils nous ont apportée.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A NOS CHEFS DE CONFÉRENCE D'EXTERNAT

A NOS MAITRES ET AMIS
DE LA CLINIQUE ODONTOSTOMATOLOGIQUE
ET DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE

A TOUS NOS AMIS

INTRODUCTION

Depuis les travaux que Bolk (7) a consacrés aux incisives supérieures surnuméraires chez l'homme, on a coutume de désigner sous le terme de mesiodens : une forme dentaire atypique, en surnombre, apparaissant dans la région antérieure du maxillaire supérieur, au voisinage du trou palatin antérieur et située, soit entre les deux incisives centrales, soit en arrière d'elles. On est en droit de s'étonner qu'une dent surnuméraire, parmi toutes celles dont on peut noter l'apparition en divers points de la bouche et même en dehors de celle-ci, ait suscité un intérêt tel qu'on ait pensé à l'individualiser et à lui donner un nom bien à elle. Ceci peut s'expliquer si l'on considère sa relative fréquence, sa morphologie caractéristique quasi constante, et surtout sa localisation typique. C'est de cette dernière d'ailleurs que lui est venu l'appellation de mesiodens, faisant ainsi ressortir son siège d'éruption sur la ligne médiane du maxillaire supérieur.

Cette localisation est-elle rigoureusement exacte ? Nous verrons qu'il n'en est rien. En effet, si Bolk a pu décrire un cas où le mesiodens, strictement médian,

était implanté dans l'orifice même du canal incisif, dans toutes les autres observations l'organe surnuméraire possède un alvéole osseux formé aux dépens d'un seul des deux maxillaires.

En conséquence doit-on rejeter le terme de mesiodens comme impropre ? Nous ne le pensons pas. Il a l'avantage d'être admis à peu près universellement, et d'évoquer pour chacun de nous cette dent paramédiane étudiée par Bolk, sans préjuger de sa pathogénie encore bien controversée.

Dans notre travail, nous nous proposons de présenter tout d'abord un certain nombre d'observations de mesiodens. Nous les avons choisies parce que de chacune d'elles se dégagent un ou plusieurs caractères capables d'illustrer les différents chapitres qui constituent le corps de notre ouvrage.

Nous avons voulu faire une monographie du mesiodens et surtout nous avons essayé d'apporter notre modeste contribution à l'étude des multiples théories qui visent à expliquer son existence.

Enfin, nous avons cherché à savoir s'il est légitime de distinguer le mesiodens des autres dents surnuméraires de la région incisive supérieure.

PRÉSENTATION
DE QUELQUES CAS DE MESIODENS

Nous ne nous proposons pas de présenter un grand nombre d'observations se rapportant au mesiodens. En effet si la littérature nous en offre une floraison, en raison de la fréquence de cette anomalie, il semble bien que toutes n'aient pas un intérêt certain car, à peu de détails près, elles ne sont que la répétition des quelques cas exposés ci-dessous. Nous nous efforcerons d'ailleurs de les résumer aux points essentiels : nous verrons au fil des chapitres qu'ils représentent les caractères les plus généraux de cet organe.

OBSERVATION I

DUFRÈCHE (19).

Monsieur S..., 35 ans, est porteur d'une importante carie mésiale du G.1 en regard d'un organe dentaire implanté sur l'arcade entre G.1 et D.1 Cette dent conique est située très légèrement à droite du frein de la lèvre supérieure et de la papille palatine qui est un peu déviée sur la gauche.

Elle a entraîné une rotation mesio-palatine de D.1 L'articulé est normal. Cette dent a fait son éruption quelques temps avant les incisives centrales supérieures.

L'organe extrait présente une couronne parfaitement conoïde, à pointe fortement émoussée ; l'émail est très légèrement carié au niveau des points de contact avec D.1 et G.1 La ligne du collet se trouve dans un même plan horizontal. La racine est droite, courte et trapue.

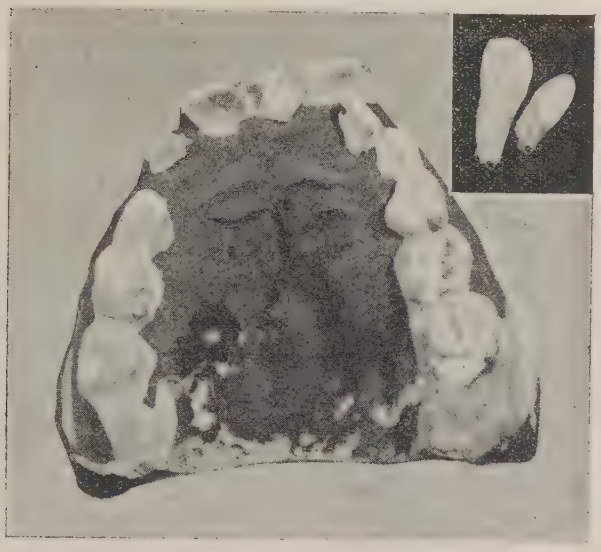
Dimensions : Hauteur totale : 15,5 mm.
— couronne : 8 mm.
— racine : 7,5 mm.
Largeur de la couronne au plus grand diamètre : 6 mm.

OBSERVATION II

(PERSONNELLE).

Robert G..., 10 ans, est amené à consulter, il y a un an et demi, par suite de l'évolution d'une dent surnuméraire apparue sur l'arcade, sur la ligne médiane, peu après les incisives centrales supérieures temporaires et qui maintenant

crée des troubles dans la position des permanentes. C'est une dent conique facilement extraite. On se trouve alors en présence d'une formation à couronne conique aplatie dans le sens vestibulopalatin, la racine a subi une lyse importante,



le canal radiculaire est largement ouvert. Le collet est bien dessiné.

Hauteur de la couronne : 9 mm.
Largeur — mesiodistale : 5 mm.
— — vestibulo palatine : 4 mm.

Actuellement, le jeune Robert G..., est revenu, car au point exact d'éruption de la dent surnuméraire extraite un nouvel organe est apparu que nous pouvons voir au centre d'un large diastème entre les incisives centrales, légèrement à gauche de la ligne médiane, la papille palatine étant repoussée vers la droites. G. 1 a été vestibulisé, G. 2 par contre est en position palatine et vient mordre, à la fermeture de la bouche,

entre g2 et g3, créant une béance incisive. L'enfant présente en outre une endognathie bimaxillaire.

L'organe extrait présente une couronne large dans son diamètre interproximal, la face labiale, légèrement concave du bord incisif au collet, est convexe dans le sens mesio-distal. Par contre la face palatine est convexe dans tous les sens et semble constituée d'un lobe médian en grain de riz, flanqué de deux lobes latéraux ; le mésial formant un angle occluso-proximal plus ouvert que le distal. Le collet est parfaitement et classiquement marqué.

Tout donne à penser que l'on se trouve en face d'une incisive de morphologie quelque peu tourmentée qui aurait subi une rotation de 180° sur son axe. On peut en outre trouver une confirmation à une telle hypothèse dans le fait que la racine conique présente une légère courbure vers la ligne médiane, donc vers ce qui devait être la face distale de la dent. Ainsi à un organe temporaire du type mesiodens, aurait succédé une dent surnuméraire de forme sub-normale.

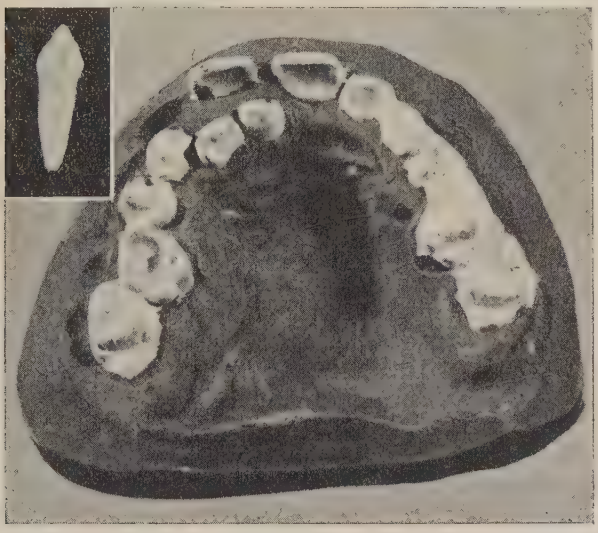
Dimensions : Hauteur totale : 16,5 mm.
Hauteur couronne : 8,5 mm.
Largeur couronne : MD 7 mm.
VP 6 mm.

OBSERVATION III

Dufrèche (19).

Melle X..., 10 ans, présente une dent surnuméraire conique, palatine, en arrière des incisives centrales légèrement sur la droite, refoulant le raphé médian vers la gauche. Elle a fait son apparition après les incisives centrales. On note en outre une nette palatoposition du D. 2 qui est au contact de l'organe en surnombre, ainsi qu'une légère endognathie maxillaire.

A l'extraction on met à jour une dent à couronne presque conique où seul une sorte d'aileron, ou lobe distal, vient se greffer. Le collet est flou. La racine est longue et grêle, à courbure distale très légère.



Dimensions : Hauteur totale : 18 mm.
Hauteur couronne : 7 mm.
Hauteur racine : 11 mm.
Largeur couronne : MD 5 mm.
VP 6 mm.

OBSERVATION IV

(PERSONNELLE).

Cette observation offre un très grand intérêt à un double point de vue : elle nous montre la coexistence de 2 mesiodens de même âge et elle nous donne un aperçu d'une forme pathologique peu commune.

Monsieur G..., a actuellement 40 ans. Il y a 6 ans environ il remarqua que son incisive centrale gauche tendait à devenir mobile dans son alvéole en même temps que se faisait jour, en arrière de celle-ci dans le palais, une dent jusque là incluse. Le tout accompagné de phénomènes douloureux de faible intensité. Une radiographie rétro-alvéolaire partiquée à ce moment montra, en arrière des incisives centrales et se projetant sur leurs racines, deux organes dentaires situés de part et d'autre de la ligne médiane. Ils étaient coudés en arc de cercle, véritables boomerangs, accolés par leur face convexe (nous n'avons pas pu avoir cette radiographie). Un praticien fit l'extraction de la dent en désinclusion et tout rentra dans l'ordre momentanément, à l'exception de l'ébranlement de l'incisive centrale gauche qui persista.

Ce n'est que cinq ans après que Monsieur G..., vient faire faire le bilan d'une situation qui n'avait fait que s'aggraver. Les incisives centrales supérieures baignaient dans le pus : la pression, d'ailleurs douloureuse, des muqueuses vestibulaires et palatines faisait sourdre le pus des culs de sac gingivaux et des orifices fistuleux s'ouvrant dans le vestibule en regard des dents en cause. Celles-ci étaient d'une mobilité extrême dans dous les sens.

La dent restant incluse fut extraite et Monsieur G..., redisparut pour un an de plus.

Aujourd'hui, il revient avec un état local inchangé. La radiographie montre une reconstitution osseuse partielle, mais avec persistance de gros foyers d'ostéite au niveau des incisives centrales dont les racines ont été littéralement dévorées par le processus de nécrose engendré par la présence des deux dents surnuméraires incluses.

Nous ne pouvons donner la description que du deuxième organe extrait, n'ayant pas le premier en notre possession (ils étaient à peu près identiques semble-t-il).

C'est une pièce à couronne conique analogue à une canine. Sa face vestibulaire est convexe et peu haute, la face palatine est au contraire très importante, avec un volumineux

cingulum surmonté de 3 petits lobes sensiblement égaux. Le collet est parfaitement dessiné. La racine est forte et trapue, légèrement aplatie dans le sens mésio-distal. Enfin l'ensemble présente cette courbure dévoilée par la radiographie, courbure dont la concavité intéresse la face labiale de la dent, ce qui

explique la relative exiguité de la face vestibulaire de la couronne, alors que la face palatine très vaste s'étend sur la convexité de l'arc.

Dimensions : Hauteur totale : 19 mm.
Hauteur couronne face palatine : 11,5 mm.
— — vestibulairé : 7,5 mm.
Largeur couronne : VP 8 mm.
MD 7 mm.

OBSERVATIONS V

Moulis (37).

Jeune Kabyle de 16 à 17 ans possédant au maxillaire supérieur 18 dents au lieu de 14.

Le maxillaire offre à la vue un véritable désordre dentaire

dans la région incisive, où l'on note la présence de 4 dents en surnombre.

Les incisives centrales et latérales sont normales, mais leur implantation est modifiée.

Les centrales chassées en dehors, éversées dans le vestibule en vestibulo et supra-position. Elles repoussent la lèvre en haut et en dehors forçant la bouche à rester entrouverte. L'incisive latérale gauche a effectué une rotation vestibulo-mésiale ; la droite, une disto-palato-rotation marginale.

Les organes surnuméraires sont répartis ainsi :

— 2 en mesio-palato-position, placés en arrière des incivises centrales,

— 1 entre incisive latérale et canine droites ; tous trois rappelant morphologiquement une incisive latérale normale.

Enfin la quatrième dent, suplémentaire[1], est logée en arrière de la surnuméraire droite, à côté et en dedans de celle qui se trouve située entre l'incisive latérale normale et la canine droite.

Elle a une forme conoïde tout à fait caractéristique.

Il convient de signaler en outre que toutes les autres dents : canines, prémolaires, molaires (dents de 6 ans et de 12 ans) sont normalement implantées sur l'arcade. Les blocs molaires, maxillaires et mandibulaires, engrènent correctement, l'articulé est normal, la région incisive est exhaussée et tuméfiée par le traumatisme répété, exercé par la mandibule venant en position d'occlusion de la bouche frapper l'espace compris entre les incisives normales et les organes en surnombre.

1. Il semble que le terme de dent surnuméraire doive être réservé aux seuls organes en surnombre qui présentent la forme de la dent normale de la région où ils se trouvent. Tous les autres, à la morphologie plus ou moins atypique, sont réunis sous l'appellation générale de dent supplémentaire [Lacaisse (29)].

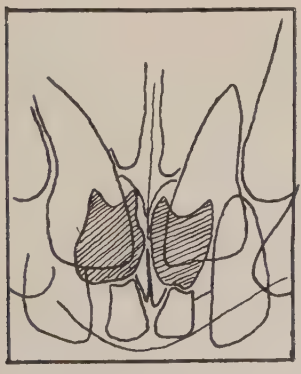
Cependant, nous verrons que le mesiodens peut être considéré comme une troisième incisive. C'est pourquoi nous lui conservons le nom de dent surnuméraire le plus souvent.

OBSERVATION VI

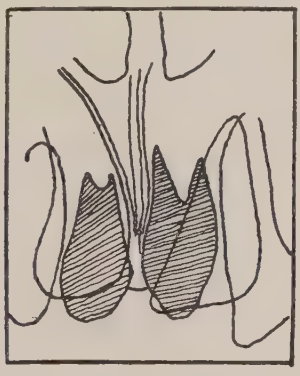
F. Begaux (3).

Robert D..., 10 ans, est amené, le 21 avril 1947, par ses parents inquiets de la persistance des moignons de deux incisives centrales supérieures de lait.

L'examen clinique révèle deux chicots, restes des dents temporaires, sans inflammation ni suppuration. Une radiographie prise dans le plan frontal montre les racines fortement résorbées des dents de lait et, au-dessus de celles-ci, quatre incisives centrales définitives, situées en deux plans successifs : en avant une paire quasi complètement évoluée ; en arrière une autre paire aux couronnes déjà bien formées. L'avulsion des moignons de lait est pratiquée et il est conseillé aux parents de ramener l'enfant lorsque les dents définitives se présenteraient à la gencive.



De bas en haut :
Dents de lait,
Dents surnuméraires,
Dents définitives.
(Rad. 21 avril 1947).



De bas en haut :
Dents surnuméraires,
Dents définitives.
(Rad. 3 janvier 1949).

Un an et demi plus tard, le 3 janvier 1949, l'enfant revient. Deux bords incisifs percent la gencive, mais ils sont en rotation sur l'axe de la dent et, en avant d'eux, une double

tuméfaction bien distincte se perçoit révélant la présence des deux autres dents encore incluses. Une radiographie frontale et occlusale montre en effet, les deux paires de dents précédemment identifiées en même position, mais la paire postérieure a débuté la formation de sa racine. Le retard d'évolution de celle-ci, la malposition des rebords incisifs, comparativement à ceux de la paire antérieure, qui ont l'air normaux, font poser le diagnostic de dents surnuméraires pour les deux dents en désinclusion. D'autre part une menace de mal-occlusion se manifestant, l'extraction est décidée. Elle s'effectue sans incident. Les organes se présentent comme deux dents à la couronne légèrement conoïde et à la racine développée aux deux tiers.

L'enfant, revu le 28 novembre 1949, mont e une arcade dentaire quasi normale pour son âge, où deux incisives centrales normales, en forme comme en taille, ont pris leur place sans malformation notable.

Nous bornerons ici l'exposé de ces quelques observations, nous réservant de mentionner, au cours de notre travail, quelques cas plus spéciaux lorsqu'il nous paraîtra nécessaire d'étayer notre étude sur des exemples concrets.

ÉTUDE MONOGRAPHIQUE

Sans prétendre réaliser un travail complet, embrassant à la fois l'ensemble et le détail, nous avons essayé de présenter un tableau général des caractères anatomiques, de la pathologie et de la pathogénie des mesiodens ainsi que de la conduite à tenir en présence de ceux-ci.

Nous avons divisé notre travail en quatre parties qui sont :

1° L'anatomie : comportant la description de la morphologie de l'organe, et quelques précisions sur son siège d'éruption, la date de celle-ci et la fréquence de l'anomalie.

2° La pathologie : plus que la pathologie propre du mesiodens très peu riche en elle-même, ce sont les différents troubles et complications qu'il est susceptible de causer qui retiendront notre attention.

3° La pathogénie. Le chapitre débutera par un rappel embryologique de la région et de la formation des dents. C'est seulement de là, pensons-nous, que l'on peut dégager une pathogénie valable.

4° Le traitement ou la conduite à tenir en présence du mesiodens et de ses complications.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

1. Morphologie

La *Morphologie* du mesiodens, telle que nous l'avons exposée dans les observations présentées ci-dessus, correspond à la description, devenue classique, que Bolk a faite en 1917.

C'est un organe dentaire qui, bien que situé dans la région antérieure du maxillaire supérieur ne rappelle en rien les incisives normales ses voisines. Cependant ses caractéristiques sont le plus souvent nettes. Il possède une *couronne* sensiblement cônique, dont la pointe, aiguë à l'éruption, ne tarde pas à s'émousser. On a voulu lui trouver une ressemblance avec la canine, or il s'en distingue absolument par l'absence du lobe mesial de contact et par la présence, très souvent vérifiée, d'une sorte d'aileron, épanouissement de son bord distal. En outre, les faces labiale et palatine, parois lisses du cône coronaire, ne diffèrent nullement entre elles. Très fréquemment l'émail se termine au *collet* sur une ligne de même niveau, ou

tout au moins peu accidentée, contrairement à la ligne terminale de ce tissu sur les incisives normales (Tomes) (52).

Il possède une *racine* unique, de longueur rarement proportionnelle à celle de la couronne ; presque toujours elle est ou assez longue et grêle, ou courte et trapue. Lorsqu'elle est totalement développée, elle est, le plus souvent, courbée dans sa portion apicale vers le côté distal, comme le sont les dents normales. Parfois, cependant, le mesiodens est découvert et extrait avec une racine non entièrement formée et un foramen apical largement ouvert.

Cet organe possède donc, bien qu'atypique, l'architecture classique de la dent, sans grandes modifications des courbures coronaires ou radiculaires, en dehors d'une flexion générale de son axe longitudinal que l'on peut rencontrer quelquefois.

2. Histologie

La *constitution anatomique intime ou histologique* des dents surnuméraires de forme conoïde, quoique l'on y retrouve les mêmes tissus que dans les dents normales, avec leurs caractères ordinaires, présente cependant quelques différences dans la densité et la résistance de ces tissus.

Ainsi l'*émail* paraît plus friable, souvent irrégulier

et mamelonné. Nous-mêmes avons constaté fréquemment à sa surface de fines fissures rayonnant sur la couronne à partir de l'extrême pointe coronaire.

L'*ivoire* selon Magitot (32) serait poreux, spongieux et creusé de nombreux espaces interglobulaires.

Le *cément* ne présente rien de particulier.

Quant à la *cavité pulpaire*, elle possède une étendue et une forme régulièrement proportionnelle au contour extérieur de l'organe.

3. Mensurations

La *taille* et le *volume* d'une telle dent sont essentiellement variables. On peut en fixer la limite maximum aux dimensions d'une canine adulte. Par contre, il en est aux mensurations réduites à un point tel qu'elles peuvent presque passer inaperçues. Elles présentent cependant toujours la constitution classique et générale des dents.

Malgré tout, il est rare de se trouver en présence de surnuméraires aux mesures extrêmes. Les tailles moyennes sont la règle. Pour fournir un ordre de grandeur, nous allons donner les hauteurs totales, hauteurs de la couronne ainsi que son plus grand diamètre, des mesiodens que nous avons eus entre les mains.

Hauteur totale	Hauteur couronne	Diamètre couronne
21 mm.	8. 5	4. 5
20	6	5
19	11. 5	8
18	7	6
17	7	6
16. 5	8. 5	7
15. 5	8	6
15	6	5
11	5. 5	4
9. 5	5	3. 5
rhizalyse	9	5

4. Siège

Le *siège* du mesiodens présente peu de variations. En effet, il apparaît uniquement dans la *région incisive*, tout près de la *ligne médiane*, à l'union des deux maxillaires.

Dans le plan sagittal la limite antérieure est constituée par l'arcade dentaire où il vient quelquefois se placer entre les deux incisives centrales. En arrière, il se localise au voisinage du trou palatin antérieur.

Très fréquemment il évolue derrière les incisives centrales, entre l'arcade et l'orifice du canal incisif.

Dans le plan frontal il est le plus souvent en situation paramédiane : soit déporté d'un côté ou de l'autre, soit au contact de la suture intermaxillaire refoulant le raphé fibreux du côté opposé. Parfois même, cliniquement, il paraît absolument médian, cependant il

convient de noter que toujours il est implanté dans un alvéole osseux formé par un des deux os maxillaires.

Mais il arrive que le mesiodens ne fasse pas son éruption hors du maxillaire et qu'il reste inclus dans le palais, seul ou accompagné de dents dont il provoque la rétention. Dans ces cas là, quoique toujours situé dans la région incisive, il peut présenter des positions anormales, que pour notre part, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer, mais que nombre d'auteurs ont signalé. K. Thoma (50) note qu'ils sont souvent en position transverse, la racine tournée vers la lèvre, ou complètement inversés poussant vers et même dans le nez. C'est ainsi que entre autres Mowat et Melvin (38) ont publié en 1946 une observation de dent surnuméraire inversée siégeant dans la région incisive supérieure. Charleroi a rapporté un cas dans lequel une incisive en surnombre avait poussé dans la narine d'un enfant de 9 ans et causé d'abondantes sécrétions nasales. Long a présenté une jeune fille de 18 ans chez qui un tel organe avait créé une communication bucco-nasale qui permettait un reflux des liquides dans le sinus.

5. Date d'éruption

La *date d'éruption* de cet organe, la plus communément observée, se situe après l'apparition des dents

de lait, quelquefois elle lui succède de très peu. C'est pourquoi on a pu la considérer comme une dent temporaire à éruption retardée. Mais, après avoir étudié la grande majorité des cas, les auteurs sont tombés d'accord pour la rattacher à la denture permanente. D'ailleurs, comme nous l'avons vu dans l'une de nos observations, elle peut parfois apparaître après les incisives définitives.

Cependant, en quelques occasions, le mesiodens peut, comme les autres dents, être précédé par un organe homologue, appartenant à la lignée temporaire. Notre cas clinique numéro II en est un exemple. La preuve indubitable de l'existence de mesiodens temporaires a été apportée par Tomes (52) qui a eu la chance exceptionnelle de pouvoir examiner le crâne d'un enfant de cinq ans qui présentait au maxillaire supérieur deux dents surnuméraires, placées en arrière des incisives centrales, près de la ligne médiane palatine. La couronne et la racine sont côniques ; cette dernière n'est pas tout à fait complète. Ceci pourrait faire penser qu'elles appartiennent à la dentition permanente. Mais l'examen des dents définitives montre que l'émail des plus avancées est encore fort incomplet et que la formation des racines n'est pas encore commencée. Donc les deux dents palatines en surnombre sont de première dentition.

Ces mesiodens temporaires sont malgré tout assez

rares et le plus souvent ces organes peuvent être considérés comme faisant partie du groupe permanent. La difficulté d'interprétation vient uniquement du fait que, dans la majorité des cas, le mesiodens apparaît entre les deux dentitions.

6. Fréquence

La *fréquence* avec laquelle se rencontrent les mesiodens est difficile à déterminer car beaucoup de ceux-ci demeurent inclus et ne manifestent jamais leur existence. D'autres, bien qu'ayant fait leur éruption et ayant atteint leur complet développement, sont très bien tolérés par le porteur et n'ont jamais d'histoire clinique. Leur découverte, dans un cas comme dans l'autre, ressort alors d'un examen fortuit ; il faut même dans le premier l'appoint de la radiographie. Celle-ci d'ailleurs n'est pas toujours un moyen d'exploration irréprochable comme Stafne (48) l'a fait remarquer. Ce dernier en effet a montré que ces organes inclus subissent fréquemment une décalcification importante, les rendant transparents aux rayons X, le contour de l'émail restant seul visible (12 % des cas dans sa statistique).

Ces considérations ont amené quelques auteurs à envisager la présence d'une telle malformation comme un phénomène bien plus fréquent que les cas cités

dans la littérature ne le laisseraient paraître. Cela est vrai en partie ; cependant, il ne convient pas de tomber dans l'excès contraire et d'en exagérer le nombre. Notre Maître, Monsieur le Professeur Cadenat (11), étudiant la statistique de Stafne, met l'accent sur cette tendance : Stafne écrit que sur 500 cas de dents surnuméraires qu'il a eu à examiner, 54 seulement appartiennent au maxillaire inférieur, 446 restant pour le maxillaire supérieur. Parmi celles-ci, 227 sont des mesiodens. En outre, il affirme qu'une personne sur 100 possède une dent surnuméraire. On en arrive, si nous acceptons ces chiffres, au nombre de 227 mesiodens pour 50.000 personnes, soit encore 4,5 °/°° ce qui semble être assez loin de la réalité.

Nous-mêmes au cours de l'année scolaire 1950-1951, à la faveur du dépistage dentaire systématique, pratiqué dans le cadre de l'Inspection méciale scolaire sur 12.000 enfants des deux sexes, âgés de 5 à 17 ans, n'avons pu observer que 4 cas de mesiodens, tous sur des sujets de sexe masculin. Ces examens, bien entendu, n'ont pas été accompagnés des radiographies systématiques qui auraient pu révéler la présence d'organes surnuméraires. Cependant, il est assez significatif de voir combien est rare la découverte radiologique d'un mesiodens lorsqu'on recherche, en pratique courante, la cause d'une malposition dentaire.

Par ailleurs, c'est un fait reconnu que cette malfor-

mation frappe surtout les garçons, les filles paraissant moins fréquemment atteintes. Et certains auteurs comme Laurian (31) avouent n'avoir eu à examiner que des porteurs de mesiodens mâles.

Maronneaud (34) assure que la polygénésie dentaire se rencontre avec une certaine prédominance chez l'homme. Sur 40 observations relevées dans la littérature, 34 concernent des individus du sexe masculin.

Il ne nous appartient pas de conclure, mais il nous paraît intéressant de noter cette disproportion.

CHAPITRE II

PATHOLOGIE

Doit-on s'attendre, en abordant ce chapitre, à découvrir une suite ininterrompue de phénomènes pathologiques totalement inédits, ne ressemblant en rien à ceux que nous avons vu frapper la dent humaine, pour la simple raison que l'on étudie ici le mesiodens. Il serait vain de le prétendre. Car, bien que surnuméraire, de forme anormale, de situation et d'origine atypiques, cet organe est une dent toujours classiquement constituée et comme telle, sa pathologie sort peu du cadre commun. Tout au plus, peut-on dire qu'elle prend une allure spéciale qui est la conséquence des différents facteurs envisagés ci-dessus.

Cependant un certain nombre d'affections qui lui sont propres retiendront particulièrement notre attention.

1. Evolution terminée

Lorsque l'évolution du mesiodens est entièrement terminée, lorsqu'il a pris sa place dans la

cavité buccale, il peut être le siège ou le point de départ de troubles divers :

a) *Infectieux et tumoraux.*

Les premiers sont représentés par la *carie* de l'organe lui-même à ses divers stades : dentinite, pulpite, gangrène pulpaire, n'offrant rien de spécialement différent des lésions de même nature portant sur les autres dents. Cependant, lorsqu'il est suffisamment carié pour posséder au niveau de sa couronne une cavité entourée de bords déchiquetés, il crée une irritation de la langue qui ne tarde pas à se couvrir d'une plaie sur la surface de contact. Parfois aussi dans les cas de gangrène de la pulpe débordant largement l'apex, il s'installe des *ulcérations* profondes et infectées dont l'aspect peut en imposer pour une épithélioma.

Les processus tumoraux reconnaissent encore comme cause première la carie ; ce sont les *kystes radiculo-dentaires* banaux, avec leurs trois phases évolutives : de latence, de déformation osseuse, de suppuration.

Il n'est pas exclu cependant que la dent surnuméraire puisse être à l'origine, en tant qu'épine irritative, d'une leucoplasie ou d'un épithelioma.

b) *Mécaniques.*

Ce sont les troubles qui sont le plus fréquemment observés chez les sujets porteurs de mesiodens. Au

premier rang se placent les *malpositions dentaires.* Celles-ci existent presque toujours, même lorsque l'organe en surnombre est en situation palatine, à plus forte raison lorsqu'il occupe une place sur l'arcade. Il crée ainsi des rotations sur l'axe des autres dents (pouvant aller jusqu'à 90°), des gressions, entr'autres la distogression d'une au moins des incisives centrales, celle qui se trouve sur le maxillaire correspondant au mesiodens lorsque ce dernier vient se placer entre les deux centrales, réalisant un large diastème médian. Sa présence s'accompagne souvent de palato ou de vestibulo-position d'une ou plusieurs dents antérieures. Le résultat de ces bouleversements est la création d'un articulé défectueux dans le jeu mandibulaire.

En dehors des perturbations apportées dans l'agencement des dents évoluées, le mesiodens est parfois la cause de *rétentions dentaires* intra-osseuses mais, en général, celles-ci ne sont pas isolées et s'y associe l'inclusion de l'organe causal.

Fréquemment les sujets présentant un organe incisif surnuméraire viennent consulter pour *troubles de la phonation.* Dans la formation de certaines syllabes la langue vient butter contre l'obstacle, entraînant une émission des sons perturbée.

Enfin rappelons que l'évolution anormale vers le haut peut créer une *communication bucco-nasale* comme dans les cas de Long déjà cité.

c) *Trophiques.*

Thoma note qu'il n'est pas rare que coexiste avec un diastème interincisif important une *hypertrophie du frein de la lèvre* supérieure. Il s'implante alors assez bas sur la face vestibulaire de l'os alvéolaire.

Le mesiodens peut être aussi le point de départ de troubles trophiques réflexes à l'origine de *gingivites, stomatites* accompagnées ou non de parodontopathies. Mais en réalité, le problème semble plus complexe et il est difficile de faire la part du défaut d'hygiène locale par manque de nettoyage naturel (mastication) ou artificiel (brossage) et des traumatismes répétés dus à un mauvais articulé.

Enfin, il nous paraît licite d'isoler un phénomène pathologique un peu spécial : la *gémination* d'un organe surnuméraire et d'une incisive centrale normale. La fusion totale des deux pièces dentaires est très rare, car pour que deux tissus se soudent entre eux, il faut qu'ils soient au même stade de développement. Le plus souvent on a affaire à des géminations coronaires qui pour Thoma résoudraient le problème posé par certains cas d'incisives centrales géantes en forme de pelle. Cette théorie vient rejoindre les hypothèses émises par Erausquin (20) et les auteurs argentins qui expliquent par des hypergénèses folliculaires à différents degrés : le gigantisme, les tuber-

cules supplémentaires, les géminations normo-surnuméraires. Pour eux, toutes ces anomalies seraient dûes à une invagination épithéliale avec plissement du follicule, alors que la dent surnuméraire elle-même verrait son origine dans une perturbation proliférative, à distance du follicule.

2. Désinclusion et inclusion

La pathologie du mesiodens s'enrichit encore d'un certain nombre de troubles lorsqu'on envisage l'organe non évolué, soit qu'il reste **inclus**, soit qu'il tende à réaliser sa **désinclusion**.

Les accidents dûs à celle-ci sont très rarement signalés. Cela paraît logique si l'on admet que le mesiodens, même inclus, est à l'origine de malpositions dentaires ou de rétentions qui le font rechercher et découvrir avant qu'il ne fasse son éruption. Cependant, il peut être le siège d'une *péricoronarite* qui ne revêt jamais une forme clinique grave car le diagnostic en est bientôt fait et le traitement radical mis en œuvre immédiatement. Parfois même, la désinclusion peut se faire d'une manière absolument silencieuse comme ce fût le cas d'un malade de Laurian qui âgé de 70 ans expulsa un mesiodens par simple résorption de l'os alvéolaire. Le plus souvent c'est le *déséquilibre d'un appareil de prothèse* qui révèle sa présence en provoquant sa désinclusion.

L'inclusion au contraire, crée un certain nombre de phénomènes morbides bien plus intéressants. Si nous excluons dès l'abord les troubles infectieux dont la dent surnuméraire ne peut être la cause directe, l'infection ne se produisant qu'à l'ouverture du sac folliculaire, nous ne pouvons passer sous silence les complications mécaniques ou tumorales dont elle est le point de départ.

C'est ici que nous retrouvons *les malpositions* et *les rétentions* des organes normaux et sains, que nous avons précédemment signalées. Les malpositions sont pourtant plus rares dans ce cas ; en général, elles ne sont vraiment sensibles que si la dent surnuméraire tend à se désinclure en bouleversant l'ordonnance des articles sur l'arcade. Cependant on peut rencontrer des dents en mauvaises positions dues à la présence d'organes en surnombre ectopiques.

Ainsi Richard et Lebourg (43) rapportent l'observation d'un jeune garçon de 14 ans qui demandait le redressement de deux incisives centrales supérieures. La radiographie révéla l'existence de deux dents surnuméraires permanentes paramédianes et bilatérales qui fûrent extraites. Les suites opératoires et les résultats orthopédiques ont été excellents.

Nous avons décrit dans notre observation n° IV un autre trouble siégeant au niveau des organes normaux dus à l'action mécanique de mesiodens

inclus. Nous pouvons l'interpréter comme la *lésion du paquet vasculo-nerveux nourricier des incisives centrales* définitives sous la poussée des surnuméraires. Ceci a entraîné la gangrène de D. 1 et G. 1 avec comme conséquence la formation d'un foyer ostéitique s'accompagnant de supputation, création de fistules et rhisalyse des dents permanentes.

Plus fréquentes sont les *ectopies de dents normales* en rapport avec des surnuméraires incluses comme le montrent notre observation n° VI, ainsi que la communication de Poire (39) qui a vu chez un jeune homme de 17 ans l'évolution de G. 1 entravée par deux petits organes surnuméraires qui se trouvaient en avant d'elle, et celle de Gornouec et Parant (25) qui chez une jeune fille de 15 ans, inquiète de l'absence de D. 1 sur son arcade supérieure, ont aperçu à la radiographie l'incisive centrale arrêtée au-dessus d'un organe dentaire plus bas situé qui la coinçait dans le diastème compris entre les dents voisines.

Ces retards d'éruption qui intéressent l'incisive centrale supérieure sont assez rares par comparaison aux évolutions tardives observées au niveau d'autres dents, en particulier des canines, pour attirer l'attention des praticiens et faire rechercher une ou plusieurs dents surnuméraires incluses. J. Quintero (42) prétend que celles-ci se trouvent surtout du côté palatin. Chapman, de Londres, qui a le premier attiré l'at-

tention sur les retards d'évolution leur attribuait comme cause unique, et selon lui toujours vérifiée, la présence d'organes surnuméraires. Cette affirmation est manifestement exagérée, cependant cela est vrai très souvent.

Les troubles tumoraux ayant pour origine les mesiodens inclus sont représentés par les *kystes dentigères.* Mais ici il est difficile de savoir si l'inclusion est la cause de la formation du kyste ou si le kyste a déterminé l'arrêt d'évolution de la dent. C'est la deuxième hypothèse qui paraît la plus vraisemblable. Stafne note la fréquente association de ces kystes avec les mesiodens ; il l'aurait trouvée dans 5,55 % des cas. Ils sont en général bien tolérés, les signes physiques en sont très discrets, leur constitution se fait assez rapidement. Ils sont dans la plupart des cas une découverte radiologique.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Après avoir étudié les caractéristiques générales du mesiodens et les troubles dont il est l'origine, on est tout naturellement conduit à s'interroger sur la cause première de son existence.

Pourquoi cet organe dentaire conique surnuméraire apparaît-il ? Et pourquoi sous cet aspect ? Quelles relations existe-t-il entre celui-ci et les autres dents surnuméraires ? Telles sont les questions qui viennent immédiatement à l'esprit. Nous n'avons pas la prétention de les résoudre. Nous nous proposons simplement d'explorer ces différents problèmes et d'essayer d'en tirer quelques conclusions.

Mais avant d'aborder une telle tâche, il nous paraît nécessaire de faire un rappel des données embryologiques concernant la formation de l'organe dentaire et le développement de la région où apparaît le mesiodens. Nous pensons qu'elles mettront en lumière la complexité des remaniements et des constructions dont cette partie du maxillaire supérieur est le siège ce qui, dans une certaine mesure, peut expliquer la

fréquence et la forme des anomalies de nombre au niveau du bloc incisif supérieur.

1. Embryologie de la bouche et de la face

Au niveau de l'extrémité céphalique de l'embryon apparaît un repli antéro-inférieur profond, placé ventralement au-dessous de la vésicule cérébrale, c'est le stomodaeum. Cette partie stomodeale de l'orifice oral, de forme pentagonale, est très courte. Elle paraît progressivement s'enfoncer grâce à un bourgeonnement des tissus extérieurs. En fait, Stroer (49) a montré que se produisait aussi dans la région du stomodaeum une prolifération épithéliale qui s'enfonce à la rencontre de l'endoderme du cul-de-sac céphalique de l'intestin, puis se vacuolise pour donner l'ébauche stomodéale. Les deux épitheliums arrivés au contact, sans interposition mésodermique, constituent la membrane de Rathke qui en disparaissant ouvre le tube digestif à son extrémité céphalique.

Au-dessus de celui-ci, une plaque épithéliale apparaît sur la base antéro-inféro-latérale de la capsule céphalique. Les bords de la plaque, en s'épaississant, déterminent la formation d'un diverticule en doigt de gant dont la partie postérieure du plancher, uniquement épithéliale, constitue la membrane bucconasale de Hochstetter, qui bientôt disparaîtra alors

que la portion antérieure, envahie par le mésoderme, persiste et crée le seuil narinaire. Les deux seuils narinaires délimitent ainsi un bourgeon nasal interne, ils sont flanqués en dehors d'eux de deux bourgeons naseaux externes.

Le palais va se constituer au-dessous des orifices des sacs naseaux grâce à la prolifération de deux bourgeons latéraux appelés bourgeons maxillaires supérieurs (bourgeons jugaux de Cadenat) (12). Ceux-ci sont séparés du volumineux bourgeon frontal médian par des sillons peu profonds allant des globes oculaires au stomodaeum, les gouttières bucco-oculaires. Les bourgeons jugaux viennent au contact du bourgeon nasal interne et divisent ainsi la portion stomodéale de l'orifice oral en deux étages, en haut les fosses nasales, en bas la cavité buccale. Le bourgeon nasal externe reste à distance de l'orifice buccal.

Dans le même temps où la bouche s'édifie on voit se créer la lame dentaire. Sur le rebord antérieur des bourgeons maxillaires un amas de cellules épithéliales constitue le mur saillant. Plus en arrière, et issue de celui-ci, une lame épithéliale, parallèle à la surface cutanée, en fer-à-cheval sur tout le pourtour de la mâchoire, pénètre à l'intérieur des bourgeons : c'est le mur plongeant. La désagrégation de ses cellules centrales aura pour conséquences la formation de la gouttière gingivolabiale, ou lame dento-gingivale de

Bolk, qui séparera la lèvre du bord antérieur du palais. De la face interne de ce mur, un autre, perpendiculaire, naît et s'enfonce dans la profondeur de la mâchoire, c'est la lame dentaire à partir de laquelle, dès la neuvième semaine de la vie intra-utérine, vont se former les bourgeons dentaires.

La voûte palatine ainsi créée ne va pas tarder à posséder un squelette osseux. Dans la portion antérieure, la seule qui nous intéresse dans notre étude, l'os maxillaire supérieur apparaît, de chaque côté de la ligne médiane, par deux centres d'ossification : l'un au-dessous de l'orifice nasal externe, l'autre au dessous de l'orbite. Chacun de ces centres se développe individuellement en donnant d'une part le prémaxillaire, d'autre part le postmaxillaire. Leur fusion est très précoce (début du troisième mois lunaire). On peut l'opposer à l'indépendance de ces deux pièces, qui persiste jusqu'à l'âge adulte chez les mammifères. On peut en conclure avec Vallois et Cadenat (53) qu'il existe dans l'espèce humaine une tendance, à la disparition du prémaxillaire. Celui-ci cependant, à partir de la lame osseuse primitive qui le constitue et qui est située en dehors du mur dentaire, émet deux séries de travées : les premières, compactes, à peu près verticales, montent vers l'os nasal en formant le rebord externe de l'apertura piriformis ; les autres forment des trabécules lâches qui, se dirigeant

en arrière, englobent progressivement les follicules des incisives, limitant ainsi le fond et la paroi linguale des alvéoles. C'est la lame palatine.

Le maxillaire subit une évolution parallèle à celle du prémaxillaire mais indépendante de lui. Les lames palatines des deux os sont séparées par la suture incisive qui, dès la naissance, devient floue et a complètement disparu à l'âge de 5 ans. Dès lors, le maxillaire supérieur n'est plus qu'une masse unique. Cette suture s'étend de l'espace compris entre l'incisive latérale et la canine d'une part, et la fosse incisive d'autre part où viennent déboucher les canaux palatins qui permettent de distinguer sur la lame palatine de chaque prémaxillaire un processus palatin latéral, occupé par les alvéoles des incisives, et un processus palatin médian, homologue à celui que l'on retrouve bien individualisé chez les quadrupèdes. Ici il se trouve relégué à la face supérieure de la lame palatine par l'accroissement rapide du processus latéral en rapport avec l'augmentation de volume des germes dentaires. C'est ce processus médian atrophié, faisant saillie sur le plancher des fosses nasales, que Rambaud et Renault ont décrit comme une pièce indépendante sous le nom d' « os sous-vomérien ».

En outre, aux environs du quarantième jour de la vie intra-utérine, se produisent des remaniements profonds dans l'irrigation de cette région. Les bourgeons

de la face, au début du développement embryonnaire, sont vascularisés par la carotide interne. Celle-ci en effet au niveau de l'ébauche cartilagineuse de l'étrier donne l'artère de l'étrier qui traverse cet os, puis se divise en trois branches qui cheminent parallèlement aux trois branches du trijumeau. Ensuite, elle se bifurque en une branche d'où sont issues les cérébrales, et une autre qui, par sa division, va donner l'artère ophtalmique et un rameau terminal, l'artère septale qui se dirige vers le bourgeon nasal interne.

La topographie vasculaire à cette époque se résume donc ainsi : la branche terminale septale irrigue le bourgeon nasal interne, la branche supra-orbitaire le bourgeon nasal externe, la branche infra-orbitaire le bourgeon jugal et la branche mandibulaire le bourgeon mandibulaire.

Or chez l'homme, la carotide interne a une destinée cérébrale, la face recevant son sang de la carotide externe. Il y a donc eu chez l'embryon une relève vasculaire. En quoi consiste-t-elle ? Il se forme alors, à partir de la carotide externe, l'artère faciale qui, à la suite de la lame musculaire née du sphincter colli, envahit les territoires superficiels. En même temps elle va donner un rameau terminal qui s'anastomose avec le tronc commun de la mandibulaire et de l'infra-orbitaire. Le débit de ce tronc qui vient de l'artère de l'étrier diminue (en raison de la place

prépondérante que prend le cerveau, la carotide interne se spécialise). Il en résulte que l'apport sanguin tend de plus en plus à se faire à contre-courant, les rameaux mandibulaires et maxillaires devenant ainsi, d'une

façon passive, branches de la carotide externe (c'est la future A. maxillaire interne) tandis que l'artère de l'étrier s'atrophie et disparaît. On assiste donc à un phénomène que Cadenat (9) compare à celui qui est connu en géologie sous le nom de « capture ».

De ce long exposé embryologique se dégage un caractère essentiel : la complexité de l'élaboration de la région incisive. Et avec notre Maître, Monsieur le Professeur Cadenat (8) nous nous résumerons en disant que :

« Cette région topographique n'a pas d'homogénéité anatomique, elle comprend des os, des dents, des tissus mous ; pas d'homogénéité embryologique, elle est issue à la fois du bourgeon nasal interne et du bourgeon jugal, pour une toute petite partie du bourgeon nasal externe... L'hétérogénie embryonnaire de la région en fait, outre le lieu d'élection des malformations congénitales, un point où les îlots épithéliaux embryonnaires au repos pourront se réveiller sous des influences diverses ».

2. Odontogénèse

Rappelons très brièvement comment se fait l'odontogénèse, au moins dans ses premiers stades. Elle permettra, dans une certaine mesure, d'expliquer la formation de certains types d'anomalies du développement dentaire.

La dent naît de la lame dentaire, dont nous avons étudié la genèse plus haut, par bourgeonnement. Elle passe par trois stades différents : stade épithélial, stade de la cloche, stade de formation des tissus durs.

Seuls, les deux premiers ont de l'intérêt pour nous. Nous voulons savoir uniquement par quel processus se constitue un bourgeon dentaire.

Stade épithélial.

Sur la face inférieure de la lame dentaire se constitue un amas de cellules épithéliales de signification obscure, le nœud de l'émail. A ce moment, d'après Bolk, une lame se détache de la lame dentaire générale et, parcourant à rebours le chemin fait par cette dernière, rejoint le vestibule : c'est la *lame latérale.* Vers la dixième semaine de la vie intra-utérine, la partie basale du bourgeon dentaire prolifère en deux points, donnant à celui-ci l'aspect d'un croissant dont les pointes s'éloignent de la lame dentaire générale. Cependant celle-ci, par son bord postérieur fertile, continue à s'enfoncer dans le mésenchyme pour donner ultérieurement le germe de remplacement.

Stade de la cloche.

Vers la douzième semaine, une réaction mésenchymateuse se fait jour qui déprime le fond du croissant épithélial qui prend la classique forme de cloche. C'est l'organe de l'émail qui englobe la papille dentaire formée de tissu mésodermique.

Il est grossièrement constitué d'un épithélium externe susceptible, comme l'a montré Léon Williams,

de présenter des bourgeons épithéliaux et des invaginations par les vaisseaux sanguins, constituant autant de petites papilles, et un épithélium interne qui, faisant suite au précédent, s'invagine et forme le fond de la cloche ; ses cellules se différencieront pour donner les adamantoblastes. Entre les deux feuillets se trouve un espace occupé par des cellules étoilées baignant dans un hyaloplasma : c'est la gelée de l'émail.

A partir de cet ensemble vont se former les tissus durs de la couronne. Lorsque celle-ci est édifiée, les cellules des deux épitheliums de la cloche, à leur point de jonction, s'accolent sans interposition de gelée et prolifèrent sous la forme d'une couche mince, dite gaine épithéliale de Hertwig, à l'intérieur de laquelle se forme la dentine radiculaire.

Nous venons donc de mettre en lumière tout un faisceau de phénomènes histo-embryogéniques qui président à l'élaboration de la région incisive et des articles dentaires qui y apparaîssent. Ce rappel n'aura pas été vain s'il nous permet d'en dégager une pathogénie du mesiodens satisfaisante.

3. Théories pathogéniques

Un grand nombre de théories ont cherché à expliquer l'origine du mesiodens. Staettenheimer (47) en 1910 a rassemblé les diverses hypothèses émises.

Herbst (27) en 1936 est revenu sur ces travaux et a proposé à son tour une explication différente des deux grandes tendances générales qui y apparaissent.

Celles-ci sont : la théorie du retour atavique et la théorie de la malformation pathologique aux dépens de la lame dentaire.

a) *La théorie de retour atavique* a été soutenue par bon nombre d'auteurs, parmi lesquels Beaumes, Magitot, Virchow, Bush, Puis, Wallish. Bolk lui-même, après avoir étudié les dents des marsupiaux, des mammifères et de l'homme, aboutit à la même conclusion.

Il est certain que la phylogénétique apporte un argument de poids à cette thèse. Nous ne voyons en effet apparaître un système dentaire véritable dans l'échelle zoologique que chez les vertébrés avec les *dents placoïdes* des sélaciens. Celles-ci peu à peu s'individualisent, en remontant dans la lignée animale, pour constituer tout d'abord, chez les reptiles, un système dit *homodonte*, formé de dents toutes semblables. C'est seulement au Trias, avec l'apparition des mammifères que les dents deviennent dissemblables les unes par rapport aux autres. Enfin au Jurassique la formule dentaire du mammifère originel adulte *hétérodonte* s'établit ainsi : $I\ \frac{3}{3}\ C\ \frac{1}{1}\ PM\ \frac{4}{4}\ M\ \frac{3}{3}$.

A partir de cette formule, les différents groupes zoologiques, au cours des millénaires, subiront des modifications, portant sur le nombre des dents, en rapport avec la spécialisation morphologique et fonctionnelle des herbivores, des rongeurs, des carnivores, des fructivores. La formule originelle se retrouve intégrale, chez les petits insectivores du crétacé. Or on admet, à l'heure actuelle, que l'ordre des Primates auquel nous appartenons, est issu d'un groupe d'insectivores primitifs. Mais lorsque les plus anciens des Primates apparaissent à l'Eocène la formule dentaire a déjà varié par perte de la première incisive [1]. La réduction continue ensuite par perte d'une, puis deux prémolaires pour arriver à la formule à 32 dents des Primates supérieurs qui est celle de l'homme (d'ailleurs, cette régression se poursuit et G. Beltrami (4) établit ainsi la formule de l'*Homo futurus* : $I\ \frac{1}{1} - C\ \frac{1}{1} - PM\ \frac{2}{1} - M\ \frac{2}{2}$).

Le mesiodens pour Bolk serait donc cette première incisive disparue au cours de l'évolution ; mais il n'explique pas la cause de sa réapparition.

Pour étayer sa théorie, il fait sienne l'hypothèse d'abord émise par Gaudry et Giebel, puis reprise par

1. Les auteurs sont d'accord pour considérer que c'est la première incisive qui a fait les frais de la réduction numérique. M. Friant (23) soutient cette thèse. L'étude des Lémuriens qui possèdent, entre leurs incisives centrales supérieures, un diastème dans lequel a pu apparaître une incisive surnuméraire, nécessairement I^1, puisqu'en avant des dents normales, semble lui apporter une confirmation.

de d'Eternod (21), selon laquelle les dents humaines primitives seraient de forme conique simple. Ces dents élémentaires seraient au nombre de cent-cinquante environ, et de la fusion *ou concrescence* de deux au moins ou de plusieurs d'entre elles seraient nées les dents de l'homme, avec leur aspect différencié actuel. Cependant si cette théorie de la concrescence peut expliquer le caractère multicuspidé des molaires, elle vient créer un problème qui n'existait pas et l'on comprend mal la formation des incisives et des canines où les traces de bifidité primitive signalées par de d'Eternod manquent d'évidence.

b) *La théorie de la malformation pathologique aux dépens de la lame dentaire* a eu pour défenseurs la plupart de ceux que la théorie du « retour atavique » ne satisfaisait pas, entre autres Röse, Dependorf, Peckhert, Walkoff, Adloff. Les uns, avec Röse (45), prétendent qu'un épaississement local anormal et fortuit de la lame dentaire est à l'origine des dents surnuméraires. Les autres, à la suite de Dependorf, assurent que la lame, en s'étendant anormalement, donne aux organes en surnombre la possibilité d'apparaître. Ceux-ci seraient rudimentaires, mal formés, de taille généralement inférieure à la normale parce que les matériaux nécessaires à leur édification leur auraient manqué.

Ils auraient leur origine dans un bouleversement (sans autre précision) qui se serait produit au moment de la formation des dents. Leur emplacement serait dû au hasard.

Adloff (2), pour sa part, soutient une opinion voisine. Il considère la création des dents surnuméraires comme une surproduction de la lame dentaire causée par la formation, au niveau de celle-ci, de plis qui sont la conséquence des conditions particulières du développement de la région incisive.

A ce groupe nous rattachons Mathis qui voit dans ces polygénésies un effort supplémentaire de la lame dentaire indépendant de la dentition ; il se placerait entre la production des incisives de lait et des incisives définitives ou encore après l'évolution complète de celles-ci. Il explique ainsi la différence dans le degré de développement, qui apparaît fréquemment à l'examen des radiographies, entre dents surnuméraires et dents normales.

Cette différence dans le degré de développement et cette activité prolongée de la lame ont constitué pour certains auteurs l'indication d'un retour à la *polyphyodontie* primitive. En effet si les mammifères actuels ne présentent que deux dentitions, et sont dits pour cela *diphyodontes*, à l'origine ils présentaient un grand nombre de dentitions successives, phénomène analogue à ce que l'on trouve chez les

vertébrés primitifs tels que les poissons qui sont polyphyodontes.

Cette hypothèse boucle ainsi le cycle des théories puisqu'elle envisage en même temps qu'un retour phylogénétique aux stades originels, une hyperactivité de la lame dentaire.

Champy (13) affirme que l'on peut trouver chez les mammifères diphyodontes l'ébauche d'une et même deux dentitions avortées. Pour Laporte (30) : « Si l'on observe dans les détails la lame dentaire d'embryons de quelques formes de mammifères on est amené à admettre la succession possible de quatre dentures : une denture prélactéale, une denture lactéale, une denture permanente, une denture postpermanente ».

Cependant les cas cités par les auteurs de dentition prélactéale ou postpermanente sont d'une rareté extrême et toujours très discutables. En outre nous avons vu qu'en ce qui concerne le mesiodens, on peut le rattacher à une des deux dentitions normales, plus souvent d'ailleurs à la permanente qu'à la temporaire.

c) Enfin, se détachant entièrement des conceptions précédentes, Herbst a présenté sa *théorie de l'* « *odontoïde* ». Il voit dans les formations en surnombre qu'il nomme odontoïdes et qu'il désigne comme des malformations pures, des aberrations de germes de dents

normaux, mais non sous la dépendance directe de la lame dentaire. Il rapproche ces dents des denticules renfermés dans des formations complexes para-médianes du corps, *les dysembryomes tératoïdes* des glandes génitales, du cou, de la région sacrée.

Malgré tout, il semble qu'il faille distinguer de ces odontoïdes ou denticules le mesiodens, avec sa forme atypique mais caractéristique et son apparition dans la zone médiane du maxillaire supérieur sain de sujets normaux par ailleurs.

Les diverses opinions émises par les auteurs, telles que nous les avons vues, offrent dans leur ensemble un caractère commun qui est d'être floues et de ne pas expliquer entièrement les phénomènes.

On nous a parlé de retour atavique, sans donner de raison à ce retour vers les stades primitifs. On a mis en avant les malformations pathologiques dont le point de départ est la lame dentaire, mais on a toujours invoqué une hyperactivité de celle-ci d'étiologie imprécise.

d) Le grand mérite de la *théorie vasculaire de* E. Cadenat est d'avoir rattaché les facultés formatives des tissus, non plus à une cause fortuite, mais à des troubles embryologiques bien établis.

Stafne avait déjà fait remarquer que sur le maxillaire supérieur les dents surnuméraires apparaissaient avec

un maximum de fréquence aux extrémités des séries d'éléments composant l'arcade dentaire ; ainsi elles sont mésiales pour les incisives et distales pour les molaires. Dans sa statistique nous voyons que, sur 446 dents surnuméraires portées par le maxillaire supérieur, 227 sont des incisives centrales, 58 des molaires et 131 des quatrièmes molaires. Trente dents seulement représentent les incisives latérales, canines et prémolaires surnuméraires.

« On ne peut s'empêcher de remarquer que ces zones de surproduction correspondent également aux limites des zones vasculaires » (Cadenat). En effet, l'artère maxillaire interne assure la vascularisation de l'arcade par deux branches collatérales antérieures : un rameau alvéolaire qui, passant à travers les canaux dentaires postérieurs, vient irriguer molaires et prémolaires, et l'artère sous-orbitaire qui, par son rameau dentaire antérieur, logé dans le canal dentaire antérieur, se distribue aux incisives et à la canine. Ces deux systèmes sont unis par l'anse anastomotique dont est issu, la plupart du temps, le rameau destiné à la première prémolaire. Ce réseau vasculaire est complété par l'artère sphéno-palatine. Elle arrive jusqu'à la région palatine antérieure mais ne prend pas part normalement à la vascularisation des dents. Elle fournit à peine quelques vaisseaux à la partie supérieure de l'os alvéolaire.

D'autre part, rappelons-nous ce que nous avons dit de l'odontogénèse en tête de ce chapitre : le bourgeon dentaire, naît d'une interréaction de deux tissus, l'épithélium de la lame et le mésoderme. Or, d'après les travaux de Stroer, non seulement ce dernier ne subit pas d'une façon passive l'envahissement épithélial, mais encore, sous l'influence de cellules excitatrices qu'il renferme, il induit des centres de congestion axés autour d'un système vasculaire et favorables à la constitution de foyers d'édification calcique. Donc le nombre des germes dentaires est conditionné par le nombre d'amas de cellules excitatrices et par conséquent de vaisseaux.

On peut admettre qu'à chaque vaisseau néoformé correspond un bourgeon néoformé.

Enfin nous avons signalé que la partie antérieure du maxillaire est constituée par l'union des deux prémaxillaires. Chacun d'eux présente un processus palatin latéral bien développé, portant les incisives, et un processus palatin médian, atrophié et refoulé vers les fosses nasales. Or, ce dernier est bien mieux différencié chez les mammifères. Il est particulièrement développé chez le lion et le chien ; il est plus allongé chez les rongeurs. En règle, il est toujours nettement formé chez les animaux pourvus de six incisives. Chez l'homme, de la même manière semble-t-il, l'éruption d'un mesiodens, organe implanté dans

la région du processus palatin médian, s'accompagne très souvent d'un élargissement de la région antérieure médiane du palais.

C'est de cet ensemble de considérations que s'est édifiée la « théorie vasculaire ». Elle admet que le mesiodens est le représentant chez l'homme de la première incisive si tôt disparue chez les Primates.

Elle accepte de considérer la résurgence de ce caractère primitif comme une hyperactivité localisée de la lame dentaire.

Mais ces deux explications qui se complètent ne sont pas avancées sans apporter des bases solides. Les fondements de la théorie, nous les retrouvons dans l'embryologie, les processus odontogéniques et l'anatomie comparée.

Lorsqu'au cours du développement de la face et de la bouche, au moment des bouleversements vasculaires qui s'y produisent, la regression de l'artère sphénopalatine se fait imparfaitement, la zone médiane du palais antérieur ne s'atrophie plus comme cela se passe chez l'homme normal. La région du processus palatin médian n'a plus tendance à perdre de sa vitalité ; elle se développe d'une façon notable car elle est soutenue par la présence d'un follicule dentaire autrefois disparu. Celui-ci est né de la lame dentaire au niveau du point où cette dernière a été touchée par un vaisseau, normalement atrophié, dont la persis-

tance a créé un centre de congestion, favorable à l'élaboration d'un bourgeon[1]. Ainsi se reconstitue la formule incisive originelle.

Cet organe surnuméraire siège donc dans la région du prémaxillaire parce que la complexité des remaniements embryologiques réalise ici au maximum les chances de déviation dans le sens d'un retour atavique à une activité oubliée.

4. Relations entre la pathogénie et la morphologie du mesiodens

Envisageons maintenant la question de *la forme* qu'affecte classiquement le mesiodens.

Pour expliquer l'aspect conoïde qu'on lui attribue nous sommes obligés de faire intervenir l'hypothèse de d'Eternod, selon laquelle les dents de l'homme seraient le résultat de la concrescence de deux ou plusieurs dents primitives de forme conique. Or, nous avons vu que cette explication présente des lacunes et des limites.

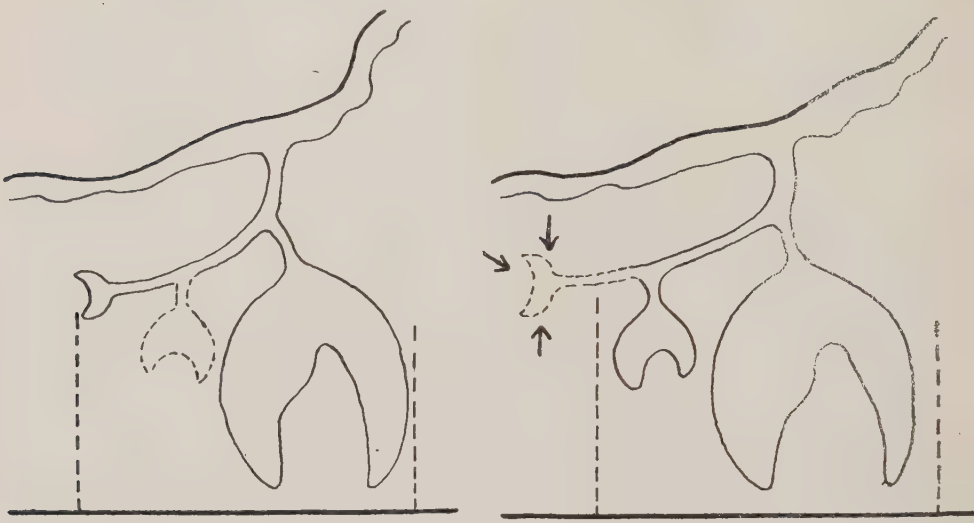
Pourquoi alors ne pas adopter les conclusions si

1. C'est par le même phénomène qu'on peut expliquer la présence de la dent conoïde précanine qui se forme sur la berge externe de la fente du bec de lièvre. L'artère dentaire antérieure qui se dirige vers les incisives vient se heurter à la fente et n'apporte plus son sang que pour la portion de lame dentaire destinée normalement à porter la canine. L'afflux de sang déterminerait l'apparition d'un second germe dentaire.

séduisantes de Euler (22) qui sont le fruit d'une recherche concrète et détaillée sur la genèse des dents surnuméraires. Celles-ci ne peuvent en aucune façon voir leurs caractères morphologiques fixés par des règles strictes. Il n'est pour s'en convaincre que de consulter la foule des cas, cités dans la littérature, de polygénésies de la région prémaxillaire. Nous y voyons noté, à côté du mesiodens classique, des surnuméraires affectant des formes d'incisives absolument normales, de bituberculées, de trituberculées et même de multituberculées, d'aspect analogue aux molaires ou complètement atypiques et tourmentées. Nous y trouvons parfois consigné, d'une façon plus démonstrative encore, la coexistence d'une dent conoïde avec une ou plusieurs autres surnuméraires qui, elles, présentent des contours définis : telle une incisive latérale dans une observation de Gouttenoire (26) ; plusieurs latérales dans la communication de Moulis.

Pour Euler, ces différences de forme sont sous la dépendance directe des pressions mécaniques et du conflit des lignes de force, des directions, qu'affectent les potentialités formatives des éléments embryonnaires de la région. Il est certain que le jeu des poussées que l'on observe dans cette région palatine antérieure au cours de son développement embryologique est extrêmement complexe. Et le fait de vouloir schématiser de tels phénomènes soulève nécessairement beau-

coup d'objections. Cependant, pour obtenir au moins une idée du processus de modelage des dents surnuméraires, nous pensons pouvoir emprunter à Euler le schéma simplifié au maximum du développement d'un organe en surnombre.



Le premier dessin montre l'apparition de la dent surnuméraire entre les germes de la dent de lait et celui de la dent permanente. Dans le deuxième au contraire le germe de la dent permanente est placé à côté de la dent temporaire, tandis que la lame dentaire continue sa prolifération pour donner la surnuméraire. Dans ce cas, celle-ci fera son évolution en arrière de la permanente. Les lignes verticales parallèles limitent l'espace qui est normalement destiné aux formations

dentaires. Dans le second cas le follicule en surnombre est situé en dehors de cette zone, vers le palais. Il est alors soumis aux forces de pression (marquées par les flèches) qui s'y manifestent. Ces forces sont à rattacher au développement de l'avant-section palatine. Elles contribuent à donner à l'organe sa forme particulière.

L'étude des coupes usées des surnuméraires multituberculées, et même coniques, révèle l'existence de plis extrêmement profonds, qui, issus de fossettes ou irrégularités apparemment superficielles, pénètrent à l'intérieur de la préparation. Le parcours des petits canaux dentinaires, les plis superficiels et leur prolongement profond, l'émail inégal, irrégulier, au tracé ondulé, que l'on observe, viennent apporter un argument de plus à la théorie de l'existence de lignes de force modelantes qui agissent sur les germes dentaires.

La distinction, uniquement basée sur la morphologie de l'organe, que l'on a voulu faire entre le mesiodens et les autres formations surnuméraires paramédianes de la région incisive, que celles-ci soient à l'image des dents normales ou atypiques, à deux ou plusieurs cuspides, paraît donc à la lumière de ces faits assez arbitraire. On peut admettre qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre de telles dents ; seul droit être mis en cause le jeu des poussées modelantes, qui s'exercent différemment selon le degré et la puissance de développement des formations embryonnaires

et l'époque d'évolution du germe surnuméraire, conditionnant son siège par rapport aux follicules permanent et lactéal, l'exposant ainsi plus ou moins aux forces de pression.

5. Rapports entre le mesiodens et les autres dents surnuméraires

Ceci posé, on est en droit de s'interroger sur *les rapports* qui existent entre le mesiodens et les autres dents surnuméraires, où qu'elles soient.

Nous avons vu naître l'organe dentaire de l'interréaction entre l'épithélium de la lame dentaire et le mésoderme des mâchoires. Mais on sait que dans certaines circonstances des cellules épithéliales peuvent, en dehors de la lame dentaire, acquérir une activité odontogénique comme les cellules spécialement différenciées. C'est ainsi que Bercher (6) soupçonne la couche papillaire de Williams, ou couche superficielle de l'épithélium externe de l'organe de l'émail, de proliférer et de constituer des bourgeons susceptibles de prendre à leur tour la forme d'organes en cloche et de donner des ébauches dentaires. Prenant (40) considère ce phénomène comme un cas de métaplasie conjonctive. Mais, depuis qu'Alezaïs a refusé d'admettre la spécificité des feuillets, la

plupart des auteurs, d'accord avec Bercher, pensent que ces cellules épithéliales pourraient se transformer dans le tissu conjonctif environnant. Mézl (35) signale l'évagination et la prolifération de la couche externe de la gaine de Hertwig. A l'appui de cette théorie, il rapporte une observation de Kostecka dans laquelle « une évagination de la gaine épithéliale d'une molaire forme justement un organe en cloche dans lequel commence le développement d'une petite dent située entre les racines de la molaire ». De toute façon ces bourgeonnements épithélio-mésenchymateux seront tributaires, nous l'avons vu, de foyers vasculaires capables d'apporter les matériaux nécessaires à l'élaboration des tissus durs de l'organe dentaire. On peut admettre ainsi que toutes les dents surnuméraires ont pour origine les mêmes processus et que toutes ces proliférations tissulaires autonomes entrent dans le cadre des dysembryoplasies bénignes. Ainsi entre le mesiodens et l'adamantinome odontoplastique il n'y a qu'une différence de degré de fertilité des éléments épithélio-conjonctifs. Si une seule ébauche dentaire vient à se former nous aurons la dent surnuméraire. Par contre une véritable « folie ectodermique » peut déterminer l'apparition d'un grand nombre d'ébauches et nous aurons alors une tumeur à dents multiples.

En terminant nous ne manquerons pas de signaler que certains auteurs ont voulu voir dans le mesiodens

le signe d'un syndrome dysmorphique général, et le croient toujours associé à d'autres malformations embryologiques. Sans rejeter, *a priori*, cette hypothèse nous nous bornerons à constater que l'examen des observations recueillies dans la littérature ne permet pas de l'affirmer avec certitude. Celles-ci, trop axées sur le désordre local, négligent malheureusement très souvent le problème d'ordre général qu'il soulève.

En résumé, nous ne pensons pas devoir séparer les mesiodens du groupe général des dents surnuméraires. Grâce à la théorie de « l'induction vasculaire » on peut penser que les uns et les autres ont un mode de formation identique. Nous avons vu de plus qu'on peut assimiler aux mesiodens des organes surnuméraires de morphologie variable ; celle-ci ne dépendrait que du concours des forces développées lors de l'évolution embryologique du palais antérieur.

Cependant le mesiodens mérite une place à part du fait de sa fréquence et de la malformation vasculaire causale, bien spéciale, toutes deux en rapport avec les phénomènes embryologiques complexes qui président à l'élaboration de la région incisive supérieure.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DES MESIODENS

Le seul traitement que l'on puisse envisager lorsqu'on rencontre un organe surnuméraire qui présente des troubles pathologiques, qui entraîne des désordres au niveau des régions avoisinantes, ou qui crée une gêne quelconque, est *l'extraction* pure et simple. Il n'en est pas toujours de même lorsqu'il est bien toléré et qu'il apparaît comme absolument sain. Il est donc important de poser les indications et les contrindications des interventions sur le mesiodens.

On procède à l'extraction :

— lorsqu'il n'est pas sain ;

— lorsque sa présence crée un préjudice esthétique, une gêne à la phonation ou entraîne des lésions des tissus de la région : ulcération linguale, ulcération du palais, ou encore des troubles trophiques, tels gingivites ou stomatites ;

— enfin lorsqu'il est la cause de trouble de l'articulé, de malpositions, de rétentions dentaires ou lorsqu'il gêne la bonne marche d'un traitement orthodontique.

On le respecte :

— lorsque l'extraction est susceptible de laisser dans l'arcade une brèche plus inesthétique que le mesiodens lui-même. D'autant qu'on peut parfois améliorer sa forme en le coiffant d'une couronne, type « Jacket » ;

— lorsque manque le germe d'une dent voisine, si un traitement orthodontique approprié peut l'amener à occuper la place de la dent absente ;

— lorsqu'il est sain et de constitution suffisamment solide pour servir d'appui à une prothèse.

Par contre, la découverte d'un mesiodens inclus, ou en désinclusion commande presque toujours l'extraction car le diagnostic n'en a été fait généralement que parce que le malade présentait des troubles en rapport avec l'organe en ectopie : ce sont la péricoronarite, le déséquilibre d'un appareil de prothèse, les malpositions et rétentions dentaires, la gangrène de la pulpe des dents voisines, les kystes dentigères.

L'intervention décidée, on pratique l'extraction sous anesthésie locale sans difficultés spéciales. Il faut seulement éviter de rompre la racine parfois si grêle de l'organe.

Lorsque la dent est incluse on fait l'incision palatine, dite de Gérard-Maurel (incision en fer à cheval, au ras du collet des dents supérieures et en arrière d'elles, décollant un vaste lambeau fibro-muqueux), sous

anesthésie loco-régionale, ce qui donne un maximum de visibilité et facilite l'opération sur cet organe médian.

En présence d'un kyste dentigère on procède, bien entendu, à l'extirpation totale de la poche kystique.

L'intervention ne s'accompagne pratiquement jamais de complications. Cependant, il peut arriver qu'on se heurte à une gémination normo-surnuméraire, dans ce cas on se trouve dans l'impossibilité de supprimer seule la dent en surnombre. Enfin on peut provoquer l'ouverture et éventuellement l'infection du sac pericoronaire de la dent régulière. On risque alors l'apparition d'une folliculite expulsive au niveau de celle-ci. Cette éventualité est rarissime.

Le traitement complémentaire vise à corriger les altérations de la denture dues à la présence du mesiodens. Il convient de signaler que bien souvent la dent normale, maintenue en ectopie par un organe surnuméraire, ne réalise que difficilement son éruption lorsque l'obstacle a été levé. Elle paraît avoir épuisé sa potentialité évolutive. Et l'on est souvent amené à procéder à sa désinclusion par les moyens orthodontiques généraux. La radiographie dirigera, contrôlera et confirmera ce traitement.

CONCLUSIONS

Le mesiodens, organe dentaire surnuméraire de la région incisive supérieure, apparaissant au voisinage de la ligne médiane du maxillaire supérieur, constitue une malformation relativement fréquente.

Cet organe se rattache à la dentition permanente le plus souvent. On a cependant signalé des mesiodens temporaires.

Il est caractérisé classiquement par :

— une morphologie spéciale, du type conoïde, dont, pour notre part, nous nions la spécificité ;

— un siège d'éruption déterminé, le prémaxillaire.

Il crée peu de troubles pathologiques en dehors des malpositions et rétentions des dents normales voisines.

Parmi les nombreuses théories émises en vue d'expliquer son origine, la plus satisfaisante est certainement la théorie vasculaire de notre Maître, Monsieur le Professeur E. Cadenat qui le désigne comme le représentant chez l'homme de l'incisive centrale

(troisième incisive) des mammifères primitifs, dont la réapparition est liée au retour à l'activité du processus palatin médian du prémaxillaire et de l'artère sphéno-palatine atrophiée chez le sujet normal.

Le Président de la Thèse :
CADENAT (E.).

Vu :
Pour le Doyen, l'assesseur
BRUSTIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 4 juillet 1951.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adloff (P.). — « Remarques sur l'anatomie comparée du maxillaire de l'homme » (*Odontol.*, 30 avril 1908).
2. Adloff (P.). — « Einige Bemerkungen über die überzähligen Zähne » (*Deutsche Monatschrift für. Zahnheilkunde*, 1918).
3. Begaux (F.). — « Incisives centrales surnuméraires » (*Archives de Stomatologie Belges*, n° 4, oct. 1950).
4. Beltrami (G.). — « Histologie et morphologie dentaires » (*Encyc. méd. chir. Stomatol.*, 22006, 1939).
5. Bennejeant (Ch.). — « Annomalies et variations dentaires chez les Primates » (Th. de Sci. de Clermont-Ferrand, 1936).
6. Bercher (J.). — « Les dysembryoplasies bénignes ou adamantinomes » (In : *La Pratique Stomatol.*, t. II : Pathol. dent.).
7. Bolk (L.). — « Die überzähligen oberen Incisiven des Menschen » (*Deuts. Monatschf. Zahnheilk*, 1917, t. XXXV).
8. Cadenat (E.). — « Bourgeon incisif. Tubercule incisif. Os incisif. Région incisive » (communication au *Congrès de l'A.F.A.S.*, Liège, 1924, *Odontol.*, 30 déc. 1924).
9. Cadenat (E.). — « La cause première du Bec-de-Lièvre est-elle une lésion ou une malformation vasculaire ? » (*Presses Méd.*, n° 16, 22 fév. 1930).
10. Cadenat (E.). — « Le développement de la mâchoire et de la lèvre supérieure » (*Prov. Dent.* t. XVIII, n° 2, 1932).
11. Cadenat (E.) et Labry. — « La Mesiodens. Dent surnuméraire se développant au voisinage de la ligne médiane du maxillaire supérieur » (*Sté d'Od. et de Sto.* de Bordeaux, Séance du 8.12.36, in : *Rev. Stomat.*, n° 1, janv. 1937).

12. Cadenat (E.). — « Embryologie de la bouche et de la face » (*Encyc. méd. Chir. Stomatol.*, 22009, 1939).

13. Champy (Ch.). — « Manuel d'Embryologie » (Masson, édit., 1934, p. 243).

14. Melle Charon (O.). — « Les mesiodens » (*Sté. Franc. d'Orth. Dento.Franç.*, XIX^e Congr., 31 mai 1946 ; in *L'Orth. Franc.*, vol. XVII, pp. 115 à 124, 1946).

15. Dalcq (A.). — « La formation de la bouche et des dents à la lumière de l'embryologie causale » (*Rev. Belge de Stomat.*, n° 3, sept. 1936).

16. Deney. — « Incisive centrale supérieure droite surnuméraire » (*Semaine Dent.*, août 1935).

17. Dieulafé (L.) et Herpin (A.). — « Anomalies et malformations des dents » (*Traité de Stomat.*, Baillière et fils, édit., 1910, p. 244).

18. Dubecq et Nierveze. — « Sur un cas de polyodontie de la région incisive du maxillaire supérieur : mesiodens » (*Sté d'Otontol. et Stomat. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, Séance du 12.3.1946, in *Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 3, mars 1947, p. 131).

19. Dufrèche (R.) et Portalier. — « Quelques cas de mesiodens » (*Sté d'Odontol. et de Stomat. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, Séance du 14.11.1950).

20. Erausquin (J.). — Article de la *Revista Odontologica*, Buenos-Ayres, vol. XXI, 1933, n° 6, p. 409 (in *Pratique Stomat.* t. II : Path. Dent).

21. de D'Eternod. — « La dentition humaine est constituée exclusivement par des dents bicuspides modifiées » (*Assoc. des anato.*, 1911).

22. Euler (H.). — Contribution à l'étude des « Odontoïdes » de Herbst » (*Deuts. Zahn. Mund. Und. kieferheilkunde*, 1938, t. V, n° 1).

23. Friant (Madeleine). — « L'évolution de la dentition des Mammifères » (*Rev. de stomat.*, Paris, sept. 1934).

24. Friant (M.). — « La question de la formule incisive humaine » (*Rev. de Stomat.*, Paris, t. 47, mars-avril 1946, n^os 3-4, p. 80).

25. Gornouec et Parant. — « Un cas de mesiodens » (*Rev. de Stomat.*, t. 45, n^os 7-8, juill-août 1944, p. 94).

26. Gouttenoire (A.). — « Quelques curieux cas d'anomalies dentaires » (*Annales Odont. Stomat.*, vol. 2, n° 10, oct. 1945, p. 323).

27. Herbst. — « Odontoïde oder Mesiodens paradentium » (*Zahnartzl. Rundschau.*, 1936, n° 8, p. 154 et n° 9, p. 175).

28. Houpert (L.). — « Dysembryoplasies dentaires ou adamantinomes » (*Encyc. Méd. chir. Stomat.*, 1939, 22085).

29. Lacaisse. — « Anomalies dentaires » (*Prat. Stomat.*, t. II : Path. dent., p. 255).

30. Laporte (Ch.). — « La dent et l'évolution. De la place de l'homme dans la nature » (Th. Méd. Toulouse, 1947, p. 115).

31. Laurian (P.). — « Deux cas de mesiodens chez des enfants de dix ans » (*L'Odont.* vol. LXXX, n° 7, juill. 1942, p. 162).

32. Magitot (E.). — « Dictionnaire Encyc. des Sci. Méd. de Dechambre (1re série, t. XXVII, p. 148, 1882).

33. Marcard (M.). — « Un cas de mesiodent » (*Sté d'Odont. Stomat. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 13 avril 1948, in *Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 11, nov. 1948, p. 548).

34. Maronneaud (P.L.). — « Les anomalies méristiques des groupes incisifs dans la denture humaine » (*Rev. d'Odont. Stomat.*, juill. 1947, n° 3, pp. 2-12).

35. Mezl (Z.) (Prague). — « Genèse et classification des anomalies du développement dentaire d'après l'école de Prague » (*Rev. Stomat.*, t. 49, nos 2-3, fév-mars, 1948, p. 97).

36. Middleton (R.). — « Symmetrical tuberculated supernumerary teeth posterior to the first upper incisors » (*Brit. Dent. Journ.*, 1947, 87, n° 10, 21 nov. p. 216).

37. Moulis (R.).« Essai sur les anomalies. Anomalies de Nombre » (Compte rendu des séances de la *Sté d'Odont. de Paris des* 3 déc. 1940, 14 juin et 1er juill. 1941, juill. 1941, 616, 314, 007, p. 25).

38. Mowat (I.J.G.) et Melvin (E.B.). — « Inverted supernumerary in upper incisisor region » (*Brit. Dent. Journ.* 1946, 81, n° 8, 18 oct. p. 256).

39. Poire. — « Un cas d'inclusion d'une incisive centrale supérieure avec présence de deux dents surnuméraires » (*Rev. Stomat.*, t. XLIII, nos 7-8, juill.-août 1942, p. 129).

40. Prenant. — « Contribution à l'histogénèse de l'émail dentaire » (Paris, 1924).

41. Prunet. — « Incisives surnuméraire en linguo-position » (*Rev. Stomat.*, nov. 1935.).

42. Quintero (J.). — « Les retards d'éruption des incisives centrales supérieures » (*L'Odont.*, vol. LXXXI, no 6, juin 1943, p. 83).

43. Richard et Lebourg. — « Incisives centrales supérieures permanentes surnuméraires bilatérales incluses » (*Rev. Stomat.*, t. XLV, nos 5-6, avril 1944, pp. 71-72).

44. Rodier et Belot. — « A propos d'une observation de deux incisives supérieures surnuméraires » (Rev. *Stomat.*, juin 1911).

45. Röse (C.). — « Ueber die Zahnentwicklung beim Menschen » *Schweiz. Vrtljschr. Zahnheilk*, 1892, 2).

46. Santini. — « Sur un cas d'incisive surnuméraire » (*Stomatologia*, mai 1935).

47. Staettenheimer. — « Ein Beitrag zur Frage der Uberzähligen Zähne » (*Deuts. Monatsch. f. Zahnheilk*, mai 1910).

48. Stafne (E.C.). — « Supernumerary upper central incisors » (*Dent. Cosm*, 73, 976-980, oct. 1931).

49. Stroer. — « Experimentelle Untersuchungen uber die Mundentwickelung bei den Urodelen » (*Arch. für. Entwicklungsmechanick der Organismen*, 130, Bd., 2 helft., pp. 132-933).

50. Thoma (K.). — Oral Pathology » (Mosby Co édit., St-Louis, 1944, p. 160).

51. Tinn (C.A.). — « Supernumerary teeth in upper incisor region » (*Brit. Dent. Journ.*, no 11, 3 déc. 1948, p. 258).

52. Tomes (J et Ch.). — « Traité de Chirurgie Dentaire » (Savy édit., Paris, 1873, p. 33).

53. Vallois (H. V.) et Cadenat (E.). — « Le développement du prémaxillaire chez l'homme » (*Arch. de Biologie*, t. XXXVI, 1926, p. 361).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11
PRÉSENTATIONS DE QUELQUES CAS DE MESIODENS 13
ÉTUDE MONOGRAPHIQUE 23

CHAPITRE PREMIER
ANATOMIE

1. *Morphologie* 24
2. *Histologie* 25
3. *Mensurations* 26
4. *Siège* 27
5. *Date d'éruption* 28
6. *Fréquence* 30

CHAPITRE II
PATHOLOGIE

1. *Evolution terminée* 33
   a) Troubles infectieux et tumoraux 34
   b) Mécaniques 34
   c) Trophiques 36
2. *Désinclusion et inclusion* 37

CHAPITRE III
PATHOGÉNIE

1. *Embryologie de la bouche et de la face* 42
2. *Odontogénèse* 48

3. *Théories pathogéniques* 50
a) Théorie du retour atavique 51
b) Théorie de la malformation pathologique au dépens de la lame dentaire..... 53
c) Théorie de l'odontoïde 55
d) Théorie vasculaire 56
4. *Relations entre la Pathogénie et la Morphologie du Mesiodens* 60
5. *Rapports entre le mesiodens et les autres dents surnuméraires* 64

Chapitre IV

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DES MESIODENS 67

CONCLUSIONS 71
BIBLIOGRAPHIE 73

Imp. F. BOISSEAU, Rue du Taur, 34 - TOULOUSE (France)
C. O. L. N° 31.2441 - N° d'impression 234-1951
Dépôt légal, 3e trimestre 1951